

## 脳動脈瘤クリッピング時の運動誘発電位 (MEP) の消失により被包術を選択した症例

◎高嶋 浩一<sup>1)</sup>  
宇都宮記念病院<sup>1)</sup>

【目的】脳動脈瘤の頸部クリッピングの際に、再現性のある運動誘発電位(MEP)の振幅低下、消失がみられ、被包術(コーティング)を選択した症例を経験したので報告する。

【対象・方法】症例は60歳代の男性。左眼痛、右半分の視野欠損、言葉が出づらいなどの症状で発症した左内頸動脈-前脈絡叢動脈分岐部動脈瘤(R-IC-AchA)である。術中神経モニタリング装置は日本光電社製ニューロマスター G2 を使用し MEP, 上肢の体性感覚誘発電位(SEP), 視覚誘発電位(VEP)を行った。【結果】術中は動眼神経, 後交通動脈に付着した動脈瘤を sharp dissection でフリーにし, AchA 分岐部を完全に視認した。IC にテンポラリークリップをかけたところ約2分で SEP 振幅が30%に(2分30秒間)低下した。その後, AchA を温存するように頸部クリッピングを試みた。しかし4度, 動脈壁の薄い部分が閉塞するようにクリッピングを試みる [①MEP ベースライン(BL) 272 $\mu$ V が消失, ②BL263 $\mu$ V から 52 $\mu$ V(19.8%)に振幅低下, ③BL326 $\mu$ V から 55 $\mu$ V(16.9%)に振幅低下, ④BL276 $\mu$ V から 55 $\mu$ V(19.9%)に振幅低下] が MEP の再現性のある有意な波形変化をきたすた

め, デュラウェーブでの動脈瘤コーティングをして手術を終えた。【考察】脳動脈瘤の一般的な外科治療として, 専用のクリップを使用した脳動脈瘤頸部クリッピング術(ネッククリッピング)を行うが, それが困難な場合にはトラッピング術, あるいは動脈瘤壁を補強するコーティング術などを行う場合もある。今回の症例では4度のネッククリッピング試みたが, いずれも AchA の血流障害が原因と考えられる MEP 波形変化により, 断念せざるを得なかった。

AchA は IC から分岐する穿通枝であり, その閉塞による虚血では片麻痺, 半身感覚障害, 半盲(3主徴), および健忘, 意識障害, 失調, 不随意運動などが出現し, Abbie または Monakow 症候群として知られている。そのため IC-AchA 動脈瘤クリッピングでは, MEP は必須であり, MEP 波形変化はクリッピングが適正か否かの重要な判断情報となる。今回の症例のようにクリップをすると MEP が低下し, はずすと回復する再現性がある現象は, MEP の変化を信頼することにより, 術後合併症を回避することが可能と考える。  
連絡先: 028-622-1991(PHS 5082)